

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по школьной медицине,
гигиене детей и подростков
14 февраля 2015 г.
протокол № 4

УТВЕРЖДЕНЫ
на XVIII Конгрессе
педиатров России
Москва,
15 февраля 2015 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ
ОБУЧАЮЩИХСЯ И ОСНОВЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ**

ФР РОШУМЗ-21-2015

(версия 1.1)

Разработчики: Чубаровский В.В., Кучма В.Р., Рапопорт И.К. , Соколова С.Б., Катенко С.В.

Федеральные рекомендации «Невротические расстройства и расстройства поведения и основы их профилактики» содержат алгоритм ранней диагностики и критерии выявления психических нарушений, включая «предболезненные состояния», у учащихся детского и подросткового возраста.

Федеральные рекомендации предназначены для врачей, среднего медицинского персонала, работающего в образовательных организациях и в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинским организациям, педагогам и возрастным психологам.

Федеральные рекомендации «Невротические расстройства и расстройства поведения и основы их профилактики» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков 19.12.2014 года (протокол №7) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (протокол №20 от 19.12.2014 года).

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методология	3
2. Введение	4
3. Ранняя диагностика невротических расстройств и расстройств поведения. Основы профилактики	4
3.1. Алгоритм ранней диагностики психических расстройств у учащихся	5
3.2. Доврачебный этап	5
3.2.1. Оценка учебной дезадаптации обучающегося	6
3.2.2. Оценка общей и внутрисемейной дезадаптации	6
3.2.3. Специфические детские и подростковые реакции	6
3.2.4. Длительность нарушений	6
3.2.5. Оценка поведенческих факторов риска	6
3.2.6. Расстройства невротического круга	7
3.3. Врачебный этап	8
3.4. Этап специализированной помощи	9
3.5. Профилактика психических расстройств	9
4. Показания и противопоказания	10
5. Материально-техническое обеспечение	10
6. Формы учета	10
7. Список нормативных и методических документов	10
8. Список литературы	10
9. Приложения	11

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

Консенсус экспертов;

Дифференцированный подход к оценке динамики показателей состояния здоровья подростков по результатам профилактических медицинских осмотров (методические рекомендации). Гигиена детей и подростков. Сборник нормативно-методических документов / Под редакцией члена-корр. РАМН В.Р.Кучмы. М.: Издательство Научного центра здоровья детей РАМН, 2013.- С.93-110.

Психопатии и акцентуации характера у подростков. Личко А.Е., изд «Речь», 213, с. 256

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Ранняя диагностика психической патологии различной существенно снижает трудовые и материальные затраты на проведение профилактических мероприятий.

Метод валидации рекомендаций:

- внешняя экспертная оценка;
- внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена, среднего медицинского персонала образовательных учреждений, возрастных психологов и педагогов, врачей по гигиене детей и подростков в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящие рекомендации были представлены для дискуссии в предварительной версии на XVIII Конгрессе педиатров России (Москва, 13-15 февраля 2015 г. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте, для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован так же независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведён к минимуму.

2. Введение

Проблема сохранения и укрепления психического здоровья детей и подростков приобрела в последние десятилетия в России исключительное значение. В первую очередь это обусловлено критическим ростом различных форм пограничной психической патологии, расстройств поведения, зависимости от психоактивных веществ, алкоголя, табака, эмоциональных нарушений. В связи с критическим увеличением информационной нагрузки отмечаются новые формы расстройств, получивших название «информационная зависимость» (компьютерная, интернет-зависимость, информационно-коммуникативные патохарактерологические реакции и прочее). В младших классах отмечается широкое распространение синдрома дефицита внимания и гиперактивности, различные формы задержки психического развития, астенические состояния, обусловленные хроническим переутомлением. По данным многолетних клинико-эпидемиологических исследований частота встречаемости нозологически очерченных состояний у учащихся подростков достигает 10-12%, а более чем у 60% отмечаются так называемые «предболезненные» состояния. Однако на практике выявляемость психической патологии, особенно субклинической степени выраженности, крайне низкая. Настоящие рекомендации унифицируют диагностический подход к выделению групп риска в отношении формирования психической патологии на различных этапах обследования, включая информацию, полученную от специалистов смежных дисциплин на доврачебном этапе обследования.

Первичная психопрофилактика включает мероприятия по предупреждению возникновения психических расстройств. При осуществлении данной формы психопрофилактики особое значение имеет психогигиена и широкие социальные мероприятия.

Вторичная психопрофилактика включает комплекс мероприятий по предупреждению неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, уменьшение патологических проявлений, по облегчению течения болезни и улучшению исхода, а также раннюю диагностику, своевременное и безопасное лечение.

Третичная психопрофилактика направлена на предупреждение социальных последствий заболеваний.

Настоящие рекомендации касаются преимущественно вторичной профилактики пограничной психической патологии различной степени выраженности.

3. Ранняя диагностика невротических расстройств и расстройств поведения.

Основы профилактики

Профилактика невротических расстройств и расстройств поведения детей медицинским персоналом отделений медицинской помощи обучающимся складывается из:

- ранней диагностики этих состояний;
- направлении нуждающихся детей на консультацию к врачам-специалистам;
- формирование групп риска в отношении наличия различных форм психической дезадаптации обучающегося;
- собственно профилактических мероприятий (первичная и вторичная профилактика).

Медицинские работники отделений медицинской помощи обучающимся осуществляют лишь формирование групп риска в отношении наличия различных форм психической дезадаптации учащегося в соответствии с алгоритмом ранней диагностики психических расстройств у обучающихся.

3.1. Алгоритм ранней диагностики психических расстройств у учащихся

Ранней диагностике невротических расстройств и расстройств поведения способствует 3-х этапное обследование детей, включающее доврачебный, врачебный и специализированный этапы:

Этапы	Наименование	Специалисты
I	Доврачебный (предварительное формирование группы риска)	Медицинская сестра (фельдшер) ОМПО Психолог Педагог
II	Врачебный (профилактический мед осмотр)	Педиатр ОМПО Невролог МО
III	Специализированной помощи (ПНД, медико-психолого-педагогические комиссии разного уровня)	Психиатр Психотерапевт Психиатр-нарколог

3.2. Доврачебный этап

На I этапе сбор объективных данных осуществляется средним медицинским персоналом при координирующей роли школьного психолога. При диагностике преморбидных свойств личности рекомендуется использовать психометрическую методику - «Усовершенствованный метод патохарактерологического исследования подростков» (Иванов Н.Я., Личко А.Е. 1985), позволяющую получить данные о выраженности и типе акцентированных характерологических особенностей, наличии признаков, указывающих на вероятность психопатизации и склонности к делинквентному и аддиктивному поведению, вероятности органического поражения ЦНС. На основании анализа полученных данных формируется группа риска в отношении наличия психических расстройств личности у учащегося.

Помимо нарушений формирования личности, проявляющиеся преимущественно различными формами отклоняющегося поведения (F91.0-F91.99), определяются факторы риска психических расстройств невротического круга (F48.0-F48.9). Они представлены следующими формами: неврастения, обсессивно-фобический невроз, истерический и депрессивный. В зависимости от этиопатогенеза выделяют собственно неврозы – психогенно обусловленные расстройства, и неврозоподобные состояния, в основе которых лежат преимущественно экзогенные воздействия (последствия черепно-мозговых травм, нейроинфекций, хронические соматические заболевания и пр.). Разделение по этиопатогенетическому принципу имеет исключительное значение для организации вторичной и третичной профилактики, поскольку выделяет специфические факторы риска и позволяет разграничить компетенции различных специалистов при организации междисциплинарных коррекционных мероприятий.

Для определения «патохарактерологической» или «невротической» реакции необходимо, чтобы моносимптомная форма нарушений беспокоила ребенка или подростка более 1 раза в неделю, т.к. в норме семидневный цикл чередования труда и отдыха должен позволять восстановиться в плане психической адаптации. При предболезненных субклинических состояниях ребенок или подросток должен быть отнесен ко II группе здоровья.

3.2.1. Оценка учебной дезадаптации обучающегося

Ведущим критерием ранней диагностики психических расстройств любого генеза является выраженность социальной дезадаптации учащегося. При этом она достаточно объективно может быть определена педагогом и возрастным психологом. Фиксируется учебная дезадаптация (полная, частичная и относительная) в сочетании с внутрисемейной и общей социальной дезадаптацией. Для определения учебной дезадаптации фиксируются следующие признаки:

- Низкая успеваемость;
- Конфликтные отношения с педагогами;
- Конфликтные отношения с соучениками.

Степень дезадаптации определяется по следующим критериям: полная дезадаптация – наличие всех трёх признаков – 3 балла, частичная – любых двух (2 балла) и относительная – одного (1 балл). Информацию предоставляет педагог и школьный психолог. Основанием для включения подростка в группу риска и необходимости консультации невролога, а затем психотерапевта является наличие полной учебной дезадаптации учащегося в течение 6 и более месяцев (3 балла), наличие частичной учебной дезадаптации более года – повышающий коэффициент 1,5 (3 балла). Информация включается в конечный протокол отдельной строкой с указанием баллов (см. раздел 6).

3.2.2. Оценка общей и внутрисемейной дезадаптации

Общая социальная и внутрисемейная дезадаптации определяются сочетанием комплекса признаков: а) наличие различных форм отклоняющегося поведения (криминальное, делинквентное, аддиктивное, «обусловленные формирующимся половым влечением», аутоагрессивное); б) конфликтные отношения с близкими первой и второй линии родства и сиблингами, побеги и уходы из дома, хронические внутрисемейные психогении; в) аномальные формы воспитания («ежовые рукавицы, эмоционального отвержения «золушка», гипоопека и безнадзорность, «кумир семьи», альтернативных педагогических установок и пр.); г) частичная и полная учебная дезадаптация. Эти данные можно получить у педагогов, школьных психологов, инспекторов по делам несовершеннолетних и пр. Информация фиксируется в конечном протоколе с указанием типа внутрисемейной дезадаптации (см. Приложение 6).

3.2.3. Специфические детские и подростковые реакции

Сильно выраженные специфические детские и подростковые специфические реакции: протеста, оппозиции, эмансипации, группирования со сверстниками, «обусловленных формирующимся половым влечением», увлечения (проявляющиеся рискованными формами поведения). Их выраженность определяет школьный психолог.

3.2.4. Длительность нарушений

Динамическая характеристика нарушений по следующим градациям: а) время проявления первых признаков (с рождения, младший школьный возраст, препубертат, пубертат); б) длительность (от 1 до 6 месяцев, от 6 месяцев до 1 года, свыше 1 года); в) особенности течения (улучшение, ухудшение, отсутствие динамики (стационарное, стабильное течение)).

Информация отмечается в конечном протоколе с указанием буквенного кода (см. Приложение 6).

3.2.5. Оценка поведенческих факторов риска

Общая социальная дезадаптация учащегося проявляется преимущественно возникновением различных форм отклоняющегося поведения. В МКБ-10 отдельные формы девиантного поведения представлены в категориях F91.0-F91.9. На практике широкое использование данных категорий обуславливает риск психиатрической стигматизации значительных групп учащихся и крайне затрудняет проведение психопрофилактических мероприятий, поскольку не учитывает этиопатогенез поведенческих феноменов. Соотношение отечественных систематик и МКБ-10 в этом разделе представлено в Приложениях 1, 2.

Оценка значимости отдельных форм девиантного поведения для формирования групп риска производится по бальной методике в соответствии с Протоколом оценки поведенческих факторов риска психических расстройств у обучающихся (табл. 1).

Таблица 1.

ПРОТОКОЛ ОЦЕНКИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ОБУЧАЮЩИХСЯ

ФОРМЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ	Эпизодическое (транзиторное) (баллы)	В течении 1 года (баллы)	Возникли до 12 лет (баллы)
Делинквентное поведение*	2	3	4
Асоциальное (криминальное поведение)	4	5	5
Побеги и уходы из дома	2	3	4
Ранняя алкоголизация	1	2	4
Курение	0	1	2
Признаки употребления наркотических и других психактивных веществ	4	5	5
Девиации сексуального поведения	1	2	4
Суицидальное поведение	4	5	5
Участие в неформальных подростковых группах (фанаты, готы, эмо, асоциальные компании)	1	2	3
Сумма баллов по столбцам			
ВСЕГО (баллы)			

Показанием для консультации школьного психолога является сумма баллов по первому столбцу 1-3 балла, по второму столбцу 3-4, по третьему – 3-4 балла.

Показанием для консультации психотерапевта является: первому столбцу 4 и более баллов, по второму столбцу 5 и более баллов, по третьему – 5 и более баллов

Протокол представляется в качестве самостоятельного документа к итоговому заключению.

3.2.6. Расстройства невротического круга.

Расстройства невротического круга на доврачебном этапе исследования могут быть зафиксированы в форме жалоб ребёнка, отмечаемых родителями, педагогами и средним медицинским персоналом образовательной организации.

Для формирования групп риска в отношении расстройств невротического круга на доврачебном этапе используется протокол оценки выраженности отдельных наиболее часто встречающихся симптомов и длительности их проявления (табл. 2).

Показанием для консультации школьного психолога и социального педагога является по первому столбцу 3 и более баллов, по второму столбцу 2 балла.

Показанием для консультации психотерапевта или психиатра является: по первому столбцу 4 и более баллов, по второму 3 и более баллов.

Таблица 2.

ПРОТОКОЛ ОЦЕНКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ЖАЛОБ НЕВРОТИЧЕСКОГО КРУГА

ЖАЛОБЫ	Эпизодическое (транзиторное) (баллы)	Частота 1 раз в неделю и более	Интенсивные, постоянные
Головные боли	1	3	5
Утомляемость	1	3	5
Раздражительность, плаксивость	1	3	4
Расстройства сна	1	3	5
Страхи (фобии)	1	3	4
Снижение настроения	1	3	5
Заикание	1	3	4
Эмоциональные вспышки (истерики)	2	5	5
Робость, тревожность, ранимость	1	2	3
Приступы сердцебиения, легко краснеет, бледнеет, потливость	1	2	3
Повышенная двигательная активность	0	2	5
Отвлекаемость, трудность концентрации внимания	0	2	5
Сумма баллов по столбцам			
ВСЕГО (баллы)			

3.3. Врачебный этап

Предварительный диагноз ставится врачом педиатром или невропатологом при профилактических осмотрах на основании: 1. Клинической оценки состояния подростка на момент обследования и 2. Оценки представленных критериев и факторов риска психических расстройств.

При проведении профилактического осмотра и оценке психоневрологического компонента личности ребёнка врач-педиатр должен опираться на: 1) результаты изучения анамнеза развития пациента - перинатальная патология, наличие экзогенных воздействий (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и т.д.), задержки развития моторики, речи, явления невропатии в раннем возрасте (ночной энурез, заикание, яктация, эпилептиформные расстройства и т.д.); 2) изучение данных доврачебного этапа обследования; 3) получение объективных сведений о поведении и особенностях социальной адаптации обследуемого от родителей, педагогов, школьного психолога, среднего медицинского персонала учебного заведения; 4) использования унифицированных систематик оценки психического состояния на момент осмотра.

При оценке психического состояния особое внимание следует уделить эмоциональной и волевой сфере обследуемого. Эмоциональная сфера: настроение – устойчивое, колебания в течение суток, ранимость, агрессивность, злобность, конфликтность, наличие патохарактерологических реакции (возбудимого, истероидного, психастенического, эмоционально-лабильного типов), выраженность специфических подростковых реакций – эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, реакций, обусловленных формирующимся половым влечением; воля, влечения – гиперсексуальность (демонстративность во внешнем виде с акцентом на подчёркивании вторичных половых признаков (пирсинг, татуировки, чрезмерное использование косметики и т.д.), слабоволие, подчиняемость, лидерские тенденции.

Обращается внимание на наличие следов инъекций или порезов на тыльных поверхностях плечей и предплечий; интеллект – соответствует физиологиче-

скому возрасту или нет; на нарушения поведения – делинквентные (асоциальные, криминальные), аутоагрессивные, девиации сексуального поведения; аддиктивные расстройства включая информационные - компьютерная и игровая зависимости.

При наличии отклонений даже в одной сфере показана консультация психотерапевта или психиатра. При наличии криминальных форм поведения, аддиктивных расстройств, суицидальных тенденций или действий и отказе подростков, их родителей или опекунов от консультации врачом психотерапевтом, психиатром или психиатром-наркологом специализированная помощь, оказывается при содействии правоохранительных органов, через ПНД или медико-психолого-педагогические консультации и комиссии (приложение 3).

На врачебном этапе подаются документы доврачебного этапа обследования. Предположительный диагноз ставится с использованием основных форм психических нарушений и расстройств поведения, представленных в приложениях 1, 2.

3.4. Этап специализированной помощи

На этап специализированной медицинской помощи подаются документы доврачебного этапа обследования, заключение невропатолога с оценкой состояния соматической, неврологической, психической сфер и предварительным диагнозом.

На III этапе осуществляется постановка психиатрического диагноза, как субклинической степени выраженности, так и синдромально и нозологически очерченных состояний. Диагноз ставится врачом психотерапевтом, психиатром или психиатром-наркологом при направлении в психоневрологический диспансер (ПНД) или в рамках медико-психолого-педагогических консультаций и комиссий, организованных по региональному принципу.

В настоящее время врач-психиатр включён в перечень врачей, осуществляющих профилактические осмотры. Учащийся должен быть осмотрен врачом-психиатром в возрастном интервал 7-17 лет пять раз (приложение 4).

3.5. Профилактика психических расстройств

С целью профилактики невротических расстройств и расстройств поведения, укрепления психического здоровья обучающихся используются следующие Стратегии профилактического воздействия:

Профилактика, основанная на работе с группами риска в медицинских и медико-социальных учреждениях. Создание так называемой сети социально-поддерживающих учреждений.

Профилактика, основанная на работе в школе, создание сети школ здоровья или включение программы обучения здоровью во всех школах.

Профилактика, основанная на работе с семьей.

Профилактика в организованных общественных группах молодежи.

Профилактика с помощью средств массовой информации.

Профилактика, направленная на группы риска в неорганизованных коллективах – на территориях, улицах, с безнадзорными, беспризорными детьми.

Систематическая подготовка специалистов в области профилактики.

Массовая мотивационная профилактическая активность.

Краткосрочные или долговременные профилактические акции среди детей, подростков и других групп населения, направленные на формирование мотивации продвижения к здоровью или изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные

4. Показания и противопоказания

Ранняя диагностика невротических расстройств и расстройств поведения, формирование на их основе групп риска и разработка мер профилактики показаны во всех образовательных организациях.

Противопоказанием к использованию настоящих рекомендаций может явиться лишь возражения обучающихся и/или их родителей.

5. Материально-техническое обеспечение

Для ранней диагностики невротических расстройств и расстройств поведения, формирования на их основе групп риска и разработки мер профилактики достаточно стандартного оснащения медицинского блока (кабинета) образовательной организации и опросников и формы протокола, представленных в настоящих рекомендациях.

6. Формы учета

Диагностика невротических расстройств и расстройств поведения, формирование на их основе групп риска фиксируются в итоговом протоколе доврачебного этапа обследования обучающихся (табл. 3)

Таблица 3.

ИТОГОВЫЙ ПРОТОКОЛ ДОВРАЧЕБНОГО ЭТАПА ОБСЛЕДОВАНИЯ

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Учебное заведение, класс _____

Факторы риска	Баллы или тип нарушений	Примечания
3.2.1. Оценка учебной дезадаптации учащегося.		
3.2.2. Оценка общей и внутрисемейной дезадаптации		
3.2.3. Специфические детские и подростковые реакции		
3.2.4. Длительность нарушений		

К протоколу доврачебного этапа обследования отдельно прикладываются:

1. Протокол оценки поведенческих факторов риска психических расстройств обучающихся.
2. Протокол оценки наиболее частых жалоб невротического круга.

7. Список нормативных и методических документов

1. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании от 2 июля 1992 года N 3185-I с изменениями на 29.06.2004 г.
2. Приказ МЗ РФ № 621от 30.12.2003 «О комплексной оценке состояния здоровья детей»
3. Приказ МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. N 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».
4. Критерии оценки и алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом (донозологическом уровне) при проведении профилактических осмотров лиц старшего подросткового возраста, Методические рекомендации, Чубаровский В.В., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Бережков Л.Ф., Бирюкова Е.Г, В книге «Гигиена детей и подростков» (Сборник нормативно-методических документов), по редакцией члена-корреспондента РАМН В.Р. Кучмы, Москва, 2013, с.83-92

8. Список литературы

1. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. Москва, «Литерра», 2010
1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах. (Руководство для врачей)/ В.В. Авторский коллектив, М., Издательский Дом «Династия », 2005, 168 с.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. «Оценка нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах», Пособие для врачей, Москва, 2005
3. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др. Вторичная профилактика аддиктивных форм поведения у подростков. (Пособие для врачей.) МЗ Российской Федерации, ГУ НЦЗД РАМН, НИИ гигиены и охраны здоровья, Москва, 2004
4. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов. Под редакцией Шевченко Ю.С., Москва, Медицинское информационное агентство, 2011
5. Личко А. Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков», Санкт-Петербург, «Речь», 2009
6. Циркин С.Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста.- Санкт-Петербург, 1999.

9. Приложения

Приложение 1

СООТНОШЕНИЕ ФОРМ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РАБОЧЕЙ СИСТЕМАТИКИ С РУБРИКАМИ МКБ-10 V-го И ДРУГИХ КЛАССОВ

РАБОЧАЯ СИСТЕМАТИКА	СООТНОШЕНИЕ С РУБРИКАМИ МКБ-10
РАССТРОЙСТВА НЕВРОТИЧЕСКОГО КРУГА	
невротические реакции	F43.2 – Расстройство приспособительных реакций; Z73.3 – Стрессовые состояния, не классифицируемые в других рубриках; R53 – Недомогание и утомляемость.
Неврозы	
астенический синдром	F48.0 - Неврастения
обсессивно-фобический синдром	F42-F42.8 – обсессивно-компульсивное расстройство
депрессивный синдром	F43.21- Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации
истерический синдром	F44 – диссоциативные конверсионные расстройства (исключая истерический психоз)
Прочие	F48.9- Невротическое расстройство неуточнённое
неврозоподобные состояния	(на фоне органического поражения ЦНС или соматогении)
астенический синдром	F06.6 – Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство
обсессивно-фобический синдром	1)F42-F42.8 – обсессивно-компульсивное расстройство; 2) F06.6 – Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство
депрессивный синдром	F06.36-37 – непсихотическое депрессивное расстройство, непсихотическое смешенное расстройство органической природы
истерический синдром	F06.5 – Органическое диссоциативное расстройство
прочие	F06.82;92;927 –Другие непсихотические расстройства обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью.
РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ	
патохарактерологические реакции	F90.1 Гиперкинетическое расстройство; F91 – Расстройства поведения –F92 –Смешенные расстройства поведения
психопатии	F60-F62 – специфические, смешанные и другие личностные расстройства, а также продолжительные изменения личности.
истероидного типа	F60.4 – Истерическое расстройство личности
эпилептоидного типа (эксплозивный вариант)	F60.2 – диссоциальное расстройство личности
психастенического типа	F60.5 – Ананкастное расстройство личности; F60.6 –Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности.
шизоидного типа	F60.1 – Шизоидное расстройство личности
прочие	F60.9 – Расстройство личности неуточнённое.; F61 – смешенное и другие расстройства личности

РАБОЧАЯ СИСТЕМАТИКА	СООТНОШЕНИЕ С РУКБРИКАМИ МКБ-10
психопатоподобные состояния	F07 – Расстройство личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга.
истероидного типа	1)F07; 2) F60.4 – Истерическое расстройство личности
эпилептоидного типа	F07.2 – постконтузионный (посткоммоционный) синдром
психастенического типа	1)F07; 2) F60.5 – Ананкастное расстройство личности; F60.6 –Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности.
шизоидного типа	1)F07; 2) F60.1 – Шизоидное расстройство личности
прочие	1)F07; 2) F60.9 - Расстройство личности неуточненное; F61 Смешанные и другие расстройства личности

Разделы F80-F89 (расстройства психологического (психического) развития) и F90-F98 (эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте) охватывают лишь те расстройства, которые являются специфичными для детского и подросткового возраста. Ряд расстройств помещённых в других разделах могут возникать почти в любом возрасте и при необходимости их коды могут быть использованы у детей и подростков. Убедительно рекомендуется использование других классов МКБ-10 в дополнение к классу V(F). Допускается возможность кодировки нескольких диагнозов. (Казаквецва Б.А., Голланд В.Б., 1998). В ряде наблюдений, особенно в последние годы всё чаще использовались рубрики F68.0-(преувеличение соматической психопатологии по психологическим причинам) и F68.1 (умышленное вызывание или симулирование симптомов) вместе с симуляцией (Z76.5) эти три диагностические рубрики часто должны рассматриваться вместе. Это особенно актуально для лиц юношеского (призывного возраста).

Акцентированные характерологические особенности в большей мере соответствуют рубрикам – 73.1 - Акцентированные личностные черты и Z73.4 - Неадекватные социальные навыки, не квалифицируемые в других рубриках.

Психические расстройства и расстройства поведения,
возникающие преимущественно в детском возрасте

Группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	F45.3-F45.38	II-III	при компенсации – II; при субкомпенсации – III
Фобические тревожные расстройства	F40	II-III	слабо выраженные – II; выраженные – III
Неврастения	F48.0	III	при доминирующем психогенном факторе
Невротические реакции, связанные со стрессом	F43.2	II	
Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство	F07	III	синдромально очерченное состояние
Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга	F06.6	II-III	слабо выраженные – II; выраженные – III
Эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (тики, энурез, логоневроз, др.)	F90-F98	II-III	слабо выраженные – II; выраженные – III
Специфические расстройства личности (психопатии)	F60-F62	II-III	слабо выраженные – II; выраженные – III
Шизотипическое расстройство	F21	III	
Гиперкинетические расстройства	F90	II, III	при компенсации – II; при субкомпенсации – III
Расстройства поведения	F91	II, III, IV	ограниченные рамками семьи - II; несоциализированные расстройства – III; социализированные расстройства - III-IV
Задержка психического развития /умственная отсталость легкой степени	F70	II	
Специфические расстройства развития речи и языка	F80	II	
Гиперкинетическое расстройство (синдром дефицита внимания и гиперактивности)	F90-99	II, III	при субкомпенсации - II; при декомпенсации - III
Неуточнённое психическое расстройство		III, IV	

ЗАКОН
О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ
от 2 июля 1992 года N 3185-I
с изменениями на 29.06.2004 г.
некоторые статьи с комментарием

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу - психиатру и медицинские рекомендации.

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) В случаях, предусмотренных пунктом "а" части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

(2) В случаях, предусмотренных пунктами "б" и "в" части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

ПРИКАЗ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
от 21 декабря 2012 г. N 1346н

О ПОРЯДКЕ
ПРОХОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ,
В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ
И В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В НИХ

В соответствии со статьями 14, 54 и 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

Утвердить:

Порядок прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, согласно приложению N 1;

учетную форму N 030-ПО/у-12 "Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего" согласно приложению N 2;

отчетную форму N 030-ПО/о-12 "Сведения о профилактических осмотрах несовершеннолетних" согласно приложению N 3.

Министр
В.И.СКВОРЦОВА

Приложение N 1
к Порядку прохождения
несовершеннолетними медицинских
осмотров, в том числе при поступлении
в образовательные учреждения
и в период обучения в них,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 21 декабря 2012 г. N 1346н

ПЕРЕЧЕНЬ
ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ
ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Раздел 1. Перечень исследований при проведении
профилактических медицинских осмотров

Сроки профилактических осмотров детей и подростков врачом-психиатром

1 – 12 месяцев

2 - 3 года

3 – 7 лет

4 – 10 лет

5 - 14 лет

6 – 15 лет

7 - 16 лет

8 – 17 лет